



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CENTRO DE POSGRADOS
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tesis previa a la obtención del
Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la
depresión en la parroquia de Llacao, Cuenca 2015.

Autora:

Md. Lourdes del Rocío Gordillo Vásquez
C.I. 0102927993

Directora:

Dra. Ximena Paola Albuja Arias
C.I. 0102345212

Cuenca – Ecuador

2017



RESUMEN

Antecedentes: la esperanza de vida se ha incrementado a nivel mundial, con lo cual la población de adultos mayores va creciendo paulatinamente. La calidad de vida es un indicador de bienestar, desarrollo social que depende de factores sociales, culturales, económicos, físicos y familiares.

Objetivos: determinar la calidad de vida del adulto mayor y su relación con la depresión en los adultos mayores de la parroquia Llaoca 2015.

Materiales y Métodos: se realizó un estudio con enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo. Se aplicaron cuestionarios validados como el Apgar familiar, el WHOQOL-BREF, la escala geriátrica de Yesavage. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15. mediante frecuencias y porcentajes y mediante la prueba chi cuadrado y el odds ratio con su intervalo de confianza del 95%. Se consideró resultados estadísticamente significativos a los valores de $p < 0.05$.

Resultados: se encontró un bajo promedio de calidad de vida en el área física $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$. Los adultos mayores presentaron una alta prevalencia de depresión con el 94,6%. Se identificó una mayor calidad de vida en los adultos mayores con mayor escolaridad, estado civil casado, ausencia de comorbilidades, ausencia de depresión y presencia de familia funcional. La percepción negativa está relacionada con la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y económicos.

Conclusiones: existe un promedio bajo de nivel de calidad de vida en los adultos mayores que influye en una alta prevalencia de depresión.

Palabras claves: ADULTO MAYOR, CALIDAD DE VIDA, DEPRESION, FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



ABSTRACT

Background: the life expectancy has increased worldwide, with which the older adult population will grow gradually. The quality of life is an indicator of social welfare and development that depends on social, cultural, economic, physical and family.

Objectives: to determine the quality of life of the elderly and its relation to depression in older adults of the parish 2015 Llacao.

Materials and Methods: A study was conducted with mixed approach, qualitative and quantitative. The qualitative design was an observational, analytical cross-sectional study with a sample of 242 older adults of the parish Llacao in the province of Azuay. Questionnaires validated as the family Apgar, the WHOQOL-BREF, Yesavage Geriatric scale. Statistical analysis was performed with the SPSS v15.

Results: We found a low average quality of life in the physical area 43.71 ± 11.61 47.64 ± 11.03 ; psychological; social relations 35.19 ± 13.85 and 38.97 ± 10.37 environment. The older adults showed a high prevalence of depression with the 94.6%. They identified a higher quality of life in older adults with higher education, marital status Married, absence of comorbidities, absence of depression and the presence of functional family. The negative perception is related to poverty, lack of social support, family, health and economic problems.

Conclusions: There is a low average level of quality of life in older adults that influences a high prevalence of depression.

Keywords: ELDERLY, QUALITY OF LIFE, DEPRESSION, FAMILY FUNCTIONALITY.



Índice

Página

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
Índice.....	4
AUTORÍA	6
RECONOCIMIENTO	7
AGRADECIMIENTO.....	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	14
2. FUNDAMENTO TEÓRICO	14
CAPÍTULO III	17
3.1 HIPÓTESIS.....	17
3.2 OBJETIVO GENERAL	17
3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
CAPÍTULO IV	18
4.1 Tipo de estudio.....	18
4.2 Área de estudio Parroquia Llacao, Subcentro de salud.	18
4.3 Población de estudio.....	18
4.4 Muestra	18
4.5 Tamaño de la muestra	19
4.6 Asignación de los estudiantes al estudio	19
4.7 Variables	19
4.9 Operacionalización de variables (Ver anexo 2).....	19
4.10 Criterios de inclusión y exclusión	19
4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos	20
4.12 Plan de análisis.....	22



4.13 Aspectos éticos	23
CAPÍTULO V	25
5. Resultados	25
CAPÍTULO VI	38
6.0 DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VII	46
7.1 Conclusiones	46
1.2 Recomendaciones.....	47
8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
9.0 ANEXOS	55
Anexo N.1 Matriz de variables	55
Anexo N.2 Operacionalización de variables.....	55



AUTORÍA



Universidad de Cuenca
Clausula de propiedad intelectual

Yo, Md. Lourdes Gordillo Vásquez autora de la tesis **"Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llaeo, Cuenca 2015"** Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 10 de Abril del 2017

Md. Lourdes Gordillo Vásquez

CI # 0102927993



RECONOCIMIENTO



Universidad de Cuenca
Clausula de derechos de autor

Yo, Md. Lourdes Gordillo Vásquez autora de la tesis **“Calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llaao, Cuenca 2015”** reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 10 de Abril del 2017

Md. Lourdes Gordillo Vásquez

CI # 0102927993



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis agradezco a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, por hacer de este gran sueño anhelado una realidad.

A mi directora de tesis, Dra. Ximena Albuja por su dedicación, su experiencia, sus conocimientos y su motivación.

A mis profesores durante toda mi carrera profesional ya que han aportado con sus conocimientos.

Son varias las personas que han sido parte de mi vida profesional a las que les agradezco por su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones, especialmente a mi incondicional amiga y colega Dra. Fernanda Geoconda Cumbe G.

Md. Lourdes Gordillo Vásquez



DEDICATORIA

El presente trabajo la dedico a mi esposo Marcelo por su apoyo, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me ha brindado su comprensión.

A mi amado hijo David por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme cada día y así poder luchar por mis metas sin rendirme.

A mis queridos padres Luis y Julia y mis hermanos Juanita, Pablo y Anita quienes con sus palabras de aliento hicieron que siguiera adelante, siendo perseverante y cumpla con mis ideales

A mis compañeras de clase y amigas incondicionales quienes sin esperar nada a cambio compartieron sus conocimientos, alegrías y tristezas y a todas aquellas personas que estuvieron estos tres años a mi lado apoyándome y lograron que este sueño se haga realidad.

Md. Lourdes Gordillo Vásquez



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación es poder determinar la calidad de vida en los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia Llaqueo 2015. El interés del mismo surge de las visitas frecuentes de los Adultos Mayores a la consulta externa así también como en las visitas domiciliarias que se realizan, desde allí la preocupación por investigar las condiciones de vida de los adultos mayores, desde sus propias perspectivas, así como, la visión que poseen las familias sobre la vejez.

Este acercamiento a la realidad de los adultos mayores nos permitirá conocer la calidad de vida desde lo que en si lo define así como, de la satisfacción de las necesidades básicas del sentirse tomados en cuenta ya sea por la sociedad como de sus propias familias.

Con los cambios propios del envejecimiento tanto en la esfera biológica como fisiológica en los Adultos Mayores, su entorno psíquico se afecta, el cual se presenta mediante síntomas depresivos y se refleja en estados de ánimo como tristeza, frustración y muchas veces se sienten inútiles. Este deterioro psicológico se debe en la mayoría de los casos a que atraviesan las crisis de pérdida como; finalizar su vida productiva, la partida de sus hijos por matrimonio, viaje o estudios, el fallecimiento del cónyuge, familiares o amigos. Los adultos mayores muestran mayor grado de dependencia de las personas que los rodean dándose cambios frecuentes del domicilio ya sea de los hijos o de instituciones muchas de las veces en contra de su voluntad ya que los ancianos se sienten personas vulnerables (1,2).

En esta etapa final de la vida, la desesperanza y la depresión aparece más comúnmente en hombres ya que por su cambio de roles, inactividad forzada, ya no son participantes en la toma de decisiones caso que no sucede en las mujeres ya que tienen redes de apoyo más estables(3).

Se determinó en la Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez, una relación estrecha entre la capacidad funcional que tienen los Adultos Mayores y el



grupo de condiciones que le permiten valerse de sí mismos al mismo tiempo de participar de la vida familiar como social (SENAMA 2010) (4).

Ante el incremento de la población de Adultos Mayores es importante enfatizarnos no solo en las enfermedades crónicas sino también tomar en consideración la calidad de vida y el ámbito psicológico(5). Al tratar de vivir más y mejorar el estado físico, psicológico y social de este grupo prioritario se trata de darle sentido al envejecimiento que fortalezca partiendo desde su salud (6).

La calidad de vida ha sido definida desde lo individual (micro) y de lo social (macro), analizando no solo las características físicas y objetivas sino también de las percepciones y las destrezas subjetivas que poseen los Adultos Mayores de su entorno y hábitat (7).

La enfermedad recurrente como es la depresión en los Adultos Mayores influye negativamente ya sea por su prevalencia elevada así como la afectación en la salud influyendo considerablemente en la calidad de vida (4).



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a la disminución de la natalidad y el incremento acelerado de la población de adultos mayores en el planeta, se convierte en un reto para los países que están involucrados (8).

Así tenemos que para el año 2050 aumentará de 600 millones a casi 2000 millones, esperándose que el porcentaje de adultos mayores se duplique pasando de un 10 % a un 21 % dando como resultado de esta una inversión de la pirámide poblacional (9).

De acuerdo a estudios realizados, la tasa de la población de adultos mayores en América Latina se incrementará: en Brasil para el año 2020 será de 28,3 millones y en el 2050 de 64 millones, en Chile constituirá el 20 % de la población.

En Uruguay que es considerado como el país más envejecido de América el 17 % tiene más de 60 años mientras que el 13% supera los 65 años. Mientras que en el Ecuador según la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2009-2010 existen 1.229.089 adultos mayores (10,13).

Generando un problema a nivel del ámbito tanto biopsicosocial y sanitario, así también como el interés en salud-enfermedad (14).

En realidad es la lucha por vivir más y en mejores condiciones ya sea mental, física y socialmente orientándose a una busca de modelo de envejecimiento llamada "calidad de vida" (15).

Pregunta de investigación: ¿Cuál es la calidad de vida del adulto mayor y su relación con la depresión?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Por medio de información del sistema de atención pública de salud y con las visitas domiciliarias, se han identificado en la parroquia de Llacao que la mayoría de adultos mayores padecen algún grado de depresión y desconocen lo que es calidad de vida.

La mayoría de cuestionarios genéricos muestran limitaciones a la hora de conocer sobre lo que es calidad de vida. Esto afecta en la vida cotidiana en las que el impacto de la enfermedad es evidente como lo social, familiar, psicológico, educación, independencia. Esta investigación aportará de conocimientos de un problema poco estudiado y comprendido, al igual con los pacientes se beneficiaran ya que se identificaran aspectos que influyen en su calidad de vida y la depresión.

El beneficio científico de este estudio, será el aportar con nueva evidencia relacionada con la calidad de vida de los adultos mayores y algunos problemas de salud frecuentes como es la depresión. Sin embargo, el tipo de diseño propuesto con enfoque mixto permitirá no solo determinar la frecuencia de este problema de salud, si no también comprender cuales son las percepciones de los adultos mayores en relación a su calidad de vida.

Para los médicos y personal de salud, este estudio aportará con nueva información que mejore los procesos de atención primaria, principalmente con el propósito de crear nuevos programas de intervención, educativos, recreativos para mejorar las condiciones de salud de los adultos mayores. El determinar los factores que están relacionados con la calidad de vida del adulto mayor permitirá focalizar la atención.

De otra manera, se valorará el impacto que han tenido diferentes acciones desde el Ministerio de Salud y de Bienestar Social. Debido a que en otros estudios factores como los sociales, económicos y los de salud son los que más se relacionan con la calidad de vida del adulto mayor.



CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

Se define como calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud como “la percepción que un individuo tiene de su lugar, en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Este es un concepto donde se refleja de un modo complejo el estado psicológico, salud física, su nivel de independencia, las relaciones con su entorno (16,17).

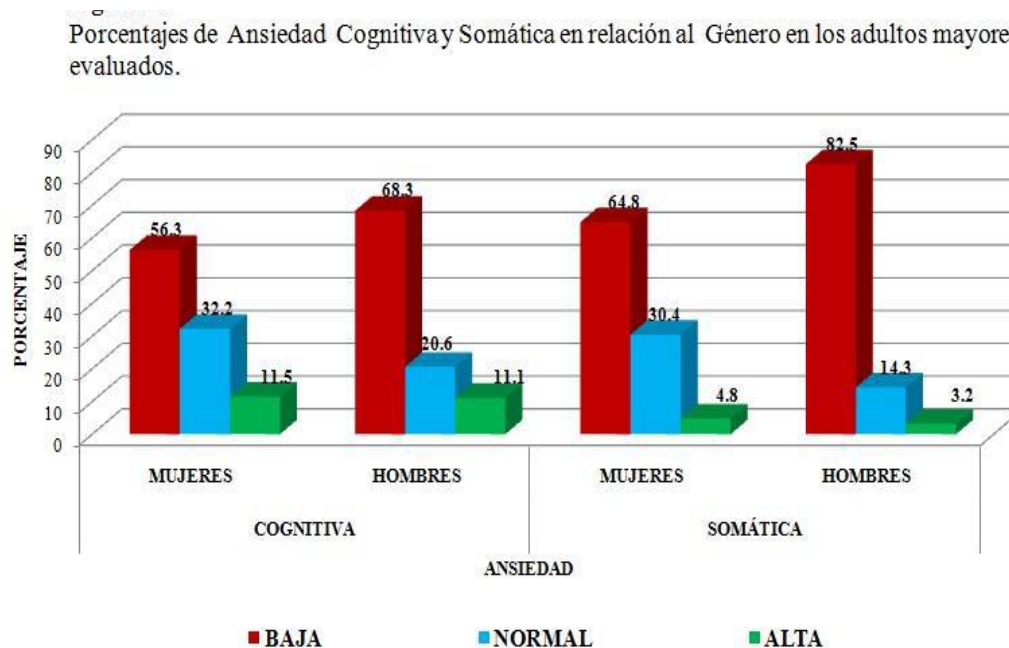
Browne en 1994, Lucas en 2007; y Molina en 2008 coinciden en dar el concepto de la calidad de vida a la interacción en forma dinámica de los individuos de su percepción interna y de su relación con el entorno que lo rodea (16).

La calidad de vida del adulto mayor es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas), cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicológico cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en, fallas en la memoria, en la salud física y el temor al abandono, la dependencia y la invalidez “(16) .

Al ser esta etapa la última del ciclo vital se presentan cambios conductuales, discapacidades, enfermedades crónicas entre estas la depresión (18), tendencia a la soledad, pobreza, desempleo, duelo. Perdiendo el protagonismo en la familia (15,17).

Al no poderse valerse por sí solos se ven en la necesidad de ser acogidos por la familia o terminan en asilos, donde por falta de afecto entran en cuadros de depresión en un 65.8% se presenta en los hombres mientras que el 34.2% se presenta en mujeres (15).

Entre los factores de riesgo para el deterioro de la calidad de vida en las personas adultas mayores está el aislamiento social, al sentirse excluidos por creer que son una carga en la familia el 80% de adultos mayores vive situaciones de desplazamiento forzado (19) sin embargo esta es su principal red de apoyo (20). Cuando el adulto mayor se siente apoyado por su familia tendrá mayor seguridad y no le afectaran los cambios que en él se presentan. Cabe recalcar que una mala calidad de vida en el adulto mayor es producto de una baja autoestima produciendo en los trastornos de ansiedad y/o depresión, que son muy frecuentes en esta edad (21,22).



Así tenemos en un estudio realizado en Cuba en el año 1999 por Lopez, que la depresión ha sido altamente asociada a conductas suicidas de allí la importancia de diagnosticar a tiempo un adulto mayor deprimido (23).

En este ciclo de vida la persona debe enfrentar una serie de sucesos tanto personales, familiares, laborales y culturales modificando como dijimos anteriormente la percepción de si mismo, afectando su propia identidad siendo esta causa para que entren los adultos mayores en estados de depresión, razón por la cual hay que trabajar mucho en el entorno y consigo mismo, tanto en la esfera psíquica como en la asociación de enfermedades, su número y gravedad de las mismas (24,25). La percepción que se tenga sobre calidad de vida y la familia es



un pilar fundamental en esta etapa de vida ya que el apoyo principal está dado por la pareja, hijos y nietos es decir la familia razón por la que es muy importante trabajar en el vínculo familiar (26).

Cada adulto mayor tiene diferente manera de ver a el envejecimiento dependiendo al concepto que se tenga de la misma podrá enfrentarla. De allí que algunos adultos mayores manifiestan que “ la vejez empieza cuando uno empieza a sentirse viejo” (27). Investigaciones realizadas en Colombia para los adultos mayores envejecer constituye al resultado de lo que han ido haciendo en su vida “estoy recogiendo lo que sembré” (28). Resulta muy difícil aceptar esta nueva etapa muchas veces llena de proyectos que no se han logrado cumplir.

En el estudio se utilizará el APGAR familiar que es un instrumento que muestra cómo perciben los integrantes de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma general. Valora la dinámica familiar en las áreas de adaptación, crecimiento, afecto, resolución y apoyo. Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos). Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente. Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción (29,30).

La escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (versión reducida) es un cuestionario que consta de 15 ítems categorizando a la depresión como: ausente (0- 5), leve (6-9), establecida (10 o más) (31). La escala de calidad de Vida en adultos mayores Word Health Organization Quality of Life of Older Adults WHOQOL BREF consta de 26 ítems apuntado a seis ámbitos: funcionamiento sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad (16).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La calidad de vida de los adultos mayores está relacionada con la depresión.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida del adulto mayor y su relación con la depresión en la parroquia Llaoca 2015

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.3.1 Describir la muestra de estudio de acuerdo con: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel de instrucción, comorbilidades.
- 3.3.2 Describir a los adultos mayores según la presencia de comorbilidades, funcionalidad familiar
- 3.3.3 Determinar la depresión de los adultos mayores.
- 3.3.4 Determinar la calidad de vida en los adultos mayores.
- 3.3.5 Identificar las diferencias entre la calidad de vida y la presencia de comorbilidades, nivel de depresión y funcionalidad familiar.
- 3.3.6 Determinar las percepciones que tienen los adultos mayores claves sobre el envejecimiento.



CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Con el fin de determinar la calidad de vida de los adultos mayores y su relación con la depresión se realiza un estudio mixto; la parte cuantitativa es observacional, analítico transversal, la parte cualitativa es descriptiva.

Universo:

El universo de estudio está constituido por los adultos mayores que viven en la parroquia de Llacao. Unidad de análisis adultos mayores de 65 años que acudan al Subcentro de salud.

4.2 Área de estudio

Parroquia Llacao, Subcentro de salud.

4.3 Población de estudio

Adultos mayores que viven en la parroquia de Llacao.

4.4 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epidat 4.1. La fórmula empleada fue para determinar una proporción para universo finito y variable cuantitativa.

$$n = \frac{N p q z^2}{(N - 1)e^2 + p q z^2}$$

n= muestra

N= tamaño de la población

p= probabilidad de ocurrencia

q= probabilidad de no ocurrencia

z²= nivel de confianza

e²= error de inferencia



Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el programa Epidat 4.1 se consideró una población total de 400 adultos mayores una proporción esperada del 65% un nivel de confianza de 95%, y un nivel de precisión del 4%. El tamaño de la muestra a estudiar fue de 231 adultos mayores. Más un porcentaje de pérdidas el tamaño de muestra fue de 242 adultos mayores.

4.5 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estudiada fue de 242 adultos mayores.

4.6 Asignación de los estudiantes al estudio

Los adultos mayores fueron seleccionados de los archivos del subcentro de salud de la parroquia Llacao. Mediante el programa EPIDATA se tomaron 242 números aleatorios y se procedió a realizar las visitas domiciliarias hasta completar la muestra de estudio. En el caso de que un adulto mayor no deseaba participar en el estudio se tomó al siguiente en la lista elaborada.

4.7 Variables

4.8 Matriz de variables (Ver anexo 1)

4.9 Operacionalización de variables (Ver anexo 2)

4.10 Criterios de inclusión y exclusión

4.10.1 Criterios de Inclusión

1. Adultos mayores de 65 años y más.
2. Desean participar del estudio previo firma del consentimiento informado.
3. Que vivan en la parroquia de Llacao.



4.10.2 Criterios de Exclusión

1. Adultos mayores con el 75% de discapacidad.
2. Personas con enfermedades crónicas, alteraciones de la memoria (Alzheimer, Esquizofrenia, personas con enfermedades terminales.)
3. Personas con deterioro de sus funciones cognitivas debido a enfermedades incapacitantes que no permitan la comprensión de las entrevistas y personas o su representante familiar no acepta la participación del estudio.

4.11 Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos

En el área de preparación del subcentro de salud de Llacono se revisaron las historias clínicas de los adultos mayores verificando que tengan más de 65 años de edad. A los mismos se procedió a explicar el objetivo del estudio, dándoles a conocer el consentimiento si este acepta firmará el mismo. Se registraron los datos demográficos como edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación. Datos familiares: ciclo familiar y funcionalidad familiar.

Se aplicó el **APGAR FAMILIAR**. Valora la funcionalidad familiar. Evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto y recursos o capacidad resolutive. Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va desde cero y cuatro puntos. 0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre 4: siempre. Siendo Normal de 17 a 20 puntos, Disfunción leve de 16 a 13 puntos, Disfunción moderada de 12 a 10, Disfunción severa menor o igual a 9.

La **Escala de Valoración Geriátrica de Depresión de Yesavage** se utilizó para la estimación de los síntomas depresivos en su versión reducida de 15 Ítems considerando los puntajes 0-5 normal, 6-9 probable depresión, 10 o más depresión estable.



Se trata de un cuestionario de respuestas afirmativas o negativas, es corto sencillo de usar y de fácil comprensión este puede durar de 5 a 7 minutos al ser aplicado, evitando la fatiga en el entrevistado, se ha usado extensamente en entornos comunitarios (31).

El Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida WOOQOL BREF.

Esta escala ha sido validada en diversos estudios en todo el mundo, la misma que da un perfil de la calidad de vida en cuatro áreas: psicológica, relaciones sociales, física y ambiente (32,34), el mismo que consta de 26 preguntas siendo estos: ambiente, salud física, salud psicológica y relaciones sociales. Cada uno de los encuestados debe responder a las diferentes facetas en cada categoría cuya puntuación oscila entre 1 Y 5 puntos, en las escalas de respuesta tenemos; muy satisfecho (1), Insatisfecho (2), Ni insatisfecho ni satisfecho (3), Satisfecho (4), Muy satisfecho (5) (34).

Los **métodos de investigación cualitativa** han sido seleccionados para este estudio con el propósito de obtener información, de datos para comprender los significados, experiencias vividas e interpretaciones de los participantes y cómo influye la calidad de vida y depresión en los adultos mayores.

En el estudio se aplicó entrevistas a grupos focales, las mismas que fueron realizadas por el investigador, se escogió una muestra con criterio intencional de adultos mayores deprimidos. Se realizaron transcripciones textuales de las grabaciones realizadas. El punto de saturación teórica fue el criterio necesario para que se determine el número de participantes con relación al sexo. Se realizaron algunas prácticas antes de iniciar las entrevistas para poder definir y redefinir tiempo, materiales, instrumentos. Del mismo modo para poder definir el orden de las entrevistas y de las subsecuentes. El lenguaje que fue utilizado estuvo acorde al nivel educativo de los participantes.

La información obtenida fue registrada en una grabadora, registro en papel y si el caso lo amerita en video, las entrevistas para identificar aspectos más específicos de



los que participan de este estudio, ya sea gestos, emociones, dudas, etc... El ambiente de las entrevistas fue en un lugar cómodo que sea familiar para los entrevistados o su familia. Considerando el horario diurno. El tiempo de la entrevista a profundidad no fue mayor a una hora.

4.12 Plan de análisis

Para el análisis de datos se elaboró una base de datos digital utilizando el programa SPSS v 15. El análisis de datos consistió en la descripción de cada una de las variables mediante frecuencias y porcentajes. Para determinar si existe asociación entre la calidad de vida y la depresión, se utilizó la prueba de análisis de varianza ANOVA para determinar diferencias en los promedios de la calidad de vida según la presencia de comorbilidades, nivel de depresión y funcionalidad familiar. Se consideró estadísticamente significativo valores de $p < 0,05$.

Para la parte cualitativa del estudio, el análisis de los datos fue determinado por las características del problema y por las preguntas que originaron la investigación. Se documentó de forma diaria las entrevistas, las observaciones y la información secundaria (archivos y materiales escritos), se repasaron los datos, se los confrontó para considerar diferentes formas de clasificarlos. Para el análisis de datos se utilizó la inducción analítica, estudiando a profundidad un número reducido de casos, para describir las propiedades esenciales del fenómeno que está siendo considerado, como el bienestar físico, bienestar psicológico relación con los hijos, vida familiar, amigos y vida social.

Las entrevistas de los grupos focales fueron transcritas a texto usando un procesador de Word tratando que la transcripción sea lo más cercana a la realidad. En dicha transcripción se tomó en cuenta si es necesario transcribir todo o solo lo más relevante, se incluyeron las interrupciones, suspiros, llanto, etc... En la categorización inductiva se clasificó a la información y se asignó un nombre o código. Para el análisis cualitativo se tomaron en cuenta las siguientes categorías.



CATEGORIA DEDUCTIVA	PROPORCIONES AGRUPADAS POR TEMAS	CATEGORIAS INDUCTIVA	CODIGOS
Bienestar físico	La actividad física es importante para tener salud. La salud depende de controles médicos. Hay que ir donde el médico.	Requisitos para tener buena salud.	REQ SAL
Bienestar psicológico	Disfruto de la vida Me siento contento/a de estar vivo No es buena mi vida Me siento satisfecho con la vida Pocas veces estoy alegre. Generalmente mi humor no es tan bueno.	Salud mental	SAL-MEN
Relación con los hijos y vida familiar	No me entienden mis hijos Siento que no me quieren mis hijos No soy feliz Mis hijos no me dedican tiempo Mis hijos son injustos conmigo No puedo hablar con mis hijos cuando siento la necesidad de hacerlo	Vínculo Familiar	VIN-FAM
Amigos y apoyo social	Es difícil confiar en mis amigos No paso con mis amigos No me paso bien con mis amigos No me ayudan mis amigos No puedo decir lo que siento a mis amigos No puedo realizar actividades con mis amigos.	Vida Social	AMI-APO

4.13 Aspectos éticos

Para realizar esta investigación se contó con la previa autorización y aprobación del comité de ética de la facultad de ciencias médicas. Así también con los permisos respectivos del Área de Salud N0 1 y del subcentro de Salud de Llacao. Previo al inicio de la investigación se socializó los objetivos y propósitos de la misma a las autoridades y personas que acudan al subcentro de salud. Si el paciente estuvo de acuerdo en participar del estudio se solicitó que firme el consentimiento informado.



La investigación no implicó riesgo para la salud de los pacientes, no se tomaron los datos personales en la publicación de los resultados para garantizar el anonimato de los participantes.

En el caso de que la condición de salud luego del estudio, se alterara se brindara el apoyo necesario con el equipo multidisciplinario con el que cuenta el área de salud.

**CAPÍTULO V****5. Resultados**

Tabla N° 1
Variables socio-demográficas de 242 adultos mayores de la parroquia de
Llacao Cuenca 2015.

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	85	35,1
Femenino	157	64,9
Total	242	100,0
Grupos Etarios		
65 a 74 años	140	57,9
75 a 84 años	75	31,0
85 años y más	27	11,2
Total	242	100,0
Estado civil		
Soltero	33	13,6
Casado	130	53,7
Viudo	68	28,1
Divorciado	11	4,5
Total	242	100,0
Ocupación		
Ninguna	10	4,1
Profesional	30	12,4
Agricultor	47	19,4
Artesano	38	15,7
QQDD	97	40,1
Otro	20	8,3
Total	242	100,0
Nivel de instrucción		
Analfabeto	81	33,5
Primaria	148	61,2
Secundaria	11	4,5
Superior	2	0,8
Total	242	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: del total de adultos mayores evaluados, el 64,9% (n=157) correspondió al sexo femenino y un 35,1% (n=85) al sexo masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 65 a 74 años con el 57,9%; La ocupación más frecuente fueron los quehaceres del hogar con un 40,1% (n=97) y el nivel de instrucción primaria se presentó en el 61,2% (n=148) de los adultos mayores estudiados, **Tabla 1.**



Tabla N° 2
Frecuencia de comorbilidades en 242 adultos mayores de la parroquia de Llacao Cuenca 2015.

	n	%
Comorbilidades		
Ninguna	49	20,2
Diabetes Mellitus	12	5,0
Hipertensión Arterial	111	45,9
Artritis	30	12,4
Diabetes e Hipertensión arterial	10	4,1
Otros	30	12,4
Total	242	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: la comorbilidad más frecuente fue la hipertensión arterial con un 45,9% (n=111), seguido de la artritis (12,4%), diabetes mellitus (5,0%) y la diabetes e hipertensión arterial (4,1%), **Tabla 2.**

Tabla N° 3
Frecuencia del nivel de funcionalismo familiar en 242 adultos mayores de la parroquia de Llacao Cuenca 2015.

	n	%
Funcionalismo familiar		
Familia Funcional	145	59,9
Disfunción moderada	68	28,1
Disfunción severa	29	12,0
Total	242	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: de acuerdo al funcionalismo familiar, se observó un 59,9% de familias funcionales, un 28,1% (n=68) de disfunción moderada y un 12,0% (n=29) de disfunción severa, **Tabla 4.**



Tabla N° 4
Frecuencia del nivel de depresión en 242 adultos mayores de la parroquia de Llaoca Cuenca 2015.

	n	%
Nivel de depresión		
Ausente	13	5,4
Probable depresión	158	65,3
Depresión establecida	71	29,3
Total	242	100,0

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md . Lourdes Gordillo V.

Interpretación: se observó solo un 5,4% de nivel de depresión normal, siendo la categoría de probable depresión de 65,3% (n=158) y la depresión establecida en un 29,3% (n=71), **Tabla 3.**

Tabla N° 5
Promedio general de la calidad de vida en 242 adultos mayores de la parroquia de Llaoca Cuenca 2015.

	Media	DE
Calidad de vida*		
Física	43,71	11,61
Psicológica	47,64	11,03
Relaciones Sociales	35,19	13,85
Medio Ambiente	38,97	10,37

* WHOQOL-BREF (0-100 puntos)

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: el promedio general de la calidad de vida en el área física fue de $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$, **Tabla 5.**



Tabla N° 6
Comportamiento de la calidad de vida según el sexo en 242 adultos mayores
de la parroquia de Llaoca Cuenca 2015.

Variables	Calidad de vida											
	Física		p^*	Psicológica		p^*	R. Sociales		p^*	M. Ambiente		p^*
	Media	DE		Media	DE		Media	DE		Media	DE	
Sexo			0,152			0,443			0,003			0,419
Masculino	45,17	11,57		48,38	11,73		38,82	15,57		39,71	10,67	
Femenino	42,93	11,59		47,24	10,65		33,23	12,45		38,57	10,22	
Grupos etarios			<0,001			0,001			<0,001			0,099
65 a 74 años	46,63	10,59		49,43	9,97		38,33	13,18		40,18	10,95	
75 a 84 años	41,19	11,61		46,67	11,77		31,78	14,02		37,54	9,21	
85 años y más	35,58	11,53		41,05	11,71		28,40	12,50		36,69	9,79	
Estado civil			0,040			0,007			<0,001			0,308
Soltero	42,53	12,58		45,45	8,80		31,82	10,72		39,77	10,10	
Casado	45,60	11,76		49,90	11,52		38,97	14,76		39,74	11,05	
Viudo	40,76	10,57		44,67	10,43		29,53	11,38		36,95	9,29	
Divorciado	43,18	9,90		45,83	9,86		35,61	11,84		40,06	8,71	
Ocupación			0,129			0,445			0,204			0,323
Ninguna	38,93	8,98		44,17	10,79		35,83	11,15		39,06	8,75	
Profesional	41,31	10,88		46,11	13,04		32,78	14,83		37,19	11,17	
Agricultor	45,82	8,50		48,67	9,87		38,65	14,79		37,70	9,38	
Artesano	44,55	11,74		46,49	10,98		36,84	14,19		41,53	9,36	
QQDD	42,67	12,07		47,64	10,77		33,08	12,92		38,50	10,89	
Otro	48,21	15,82		51,46	11,88		37,50	14,18		42,03	11,08	
Nivel de instrucción			<0,001			<0,001			0,001			<0,001
Analfabeto	41,36	10,47		44,75	10,64		32,20	13,80		35,69	9,55	
Primaria	43,70	11,31		48,31	10,87		35,75	13,44		40,05	10,38	
Secundaria/Superior	58,52	11,53		58,01	8,06		47,44	11,97		47,12	8,60	

*Prueba T de Student y ANOVA, diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md . Lourdes Gordillo V.

Interpretación: se observó una diferencia significativa entre la calidad de vida en el área de relaciones sociales según el sexo ($p=0,003$), observándose un mayor promedio en los masculinos ($38,82 \pm 15,57$) comparado al femenino ($33,23 \pm 12,45$), Se aprecia un comportamiento diferente para la calidad de vida en el área física, psicológica y de relaciones sociales de acuerdo a la edad; en cuanto a la calidad de vida física se presentó una diferencia significativa entre el grupo de 65 a 74 años ($46,63 \pm 10,59$) con el de 75 a 84 años ($41,19 \pm 11,61$) y 85 años y más ($35,58 \pm 11,53$). En relación a la calidad de vida en el área psicológica, se observó una diferencia significativa ($p=0,001$) entre la edad de 65 a 74 años ($49,43 \pm 9,97$) comparada al grupo etario de 85 años y más ($41,05 \pm 11,71$); por otra parte el área de relaciones sociales mostró diferencias al compararse el grupo etario de 65 a 74 años ($38,33 \pm 13,18$) con el grupo etario de 75 a 84 años ($31,78 \pm 14,02$; $p=0,002$) así como



al compararse con el grupo etario de 85 años y más ($28,40 \pm 12,50$; $p=0,001$); mientras que la calidad de vida en el área de medio ambiente no tuvo diferencias significativas de acuerdo a la edad.

Al evaluar la calidad de vida según el estado civil se encontraron diferencias en el área física, psicológica y de relaciones sociales, sin embargo el comportamiento de la calidad de vida en el área de medio ambiente no mostró diferencias significativas según el estado civil.

De acuerdo al área física se encontró diferencia significativa al compararse los casados con los viudos (Casados: $45,60 \pm 11,76$ vs. Viudos: $40,76 \pm 10,57$; $p=0,026$). De igual forma se encontró diferencia en la calidad de vida en el área psicológica al compararse los mismos grupos (Casados: $49,90 \pm 11,52$ vs. Viudos: $44,67 \pm 10,43$; $p=0,008$); por otra parte en el área de relaciones sociales se observó una diferencia significativa ($p=0,031$) al compararse los solteros $31,82 \pm 10,72$ con los casados $38,97 \pm 14,76$ y al compararse los casados con los viudos (Casados: $38,97 \pm 14,76$ vs. Viudos: $29,53 \pm 11,38$; $p<0,001$).

Al evaluar la calidad de vida según la ocupación no se reportaron diferencias estadísticamente significativas.

Según el nivel de instrucción se observó diferencias significativas para todas las áreas de calidad de vida; en cuanto al área física se encontró diferencias significativas al comparar a los adultos de secundaria/superior con la primaria (Secundaria/superior: $58,52 \pm 11,53$ vs Primaria: $43,70 \pm 11,31$; $p<0,001$) y analfabetos (Secundaria/superior: $58,52 \pm 11,53$ vs analfabetos: $41,36 \pm 10,47$; $p<0,001$); asimismo se encontró diferencias significativas en el área psicológica al compararse todas las categorías de nivel de instrucción; de acuerdo a las relaciones sociales se encontró mayor promedio en los de secundaria/superior ($47,44 \pm 11,97$) que fue estadísticamente diferente al de los analfabetos ($32,30 \pm 13,80$; $p=0,001$) y al compararse con los adultos mayores con educación primaria ($35,73 \pm 13,44$; $p=0,009$); según el medio ambiente los adultos mayores con educación secundaria presentaron el mayor promedio y se encontraron diferencias significativas al compararse todos los grupos, **Ver tabla N.6**



Tabla N° 7
Comportamiento de la calidad de vida según las comorbilidades en 242 adultos mayores de la parroquia de Llacao Cuenca 2015.

Variables	Calidad de vida											
	Física		<i>p</i> *	Psicológica		<i>p</i> *	R. Sociales		<i>p</i> *	M. Ambiente		<i>p</i> *
	Media	DE		Media	DE		Media	DE		Media	DE	
Comorbilidades			<0,001			0,811			0,247			0,001
Ninguna	50,73	10,93		49,32	9,41		36,22	12,21		43,30	9,50	
Diabetes Mellitus	41,96	10,34		47,57	9,81		37,50	13,99		39,06	10,36	
Hipertensión Arterial	41,80	11,41		47,48	11,92		35,96	14,30		37,25	10,31	
Artritis	38,57	10,08		47,36	11,61		29,17	11,73		35,63	9,90	
Diabetes e Hipertensión	45,00	8,62		44,17	11,32		35,83	11,15		46,56	9,71	
Otros	44,76	11,63		46,94	10,26		35,56	16,66		39,06	9,94	

* Prueba ANOVA de un factor; diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: se observó diferencias significativas en la calidad de vida del área física y el ambiente según la presencia o no de comorbilidades; en cuanto al área física los adultos mayores que no presentaron ninguna comorbilidad tuvieron el mayor promedio de calidad de vida ($50,73 \pm 10,93$) y fue estadísticamente diferente ($p < 0,001$) con los sujetos que presentaron hipertensión arterial ($41,80 \pm 10,34$) y artritis ($38,57 \pm 10,08$); de manera similar en el promedio de calidad de vida según el medio se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la ausencia de comorbilidades ($43,30 \pm 9,50$) con la presencia de hipertensión arterial de $37,25 \pm 10,31$ ($p = 0,007$) y con la presencia de artritis $35,63 \pm 9,90$ ($p = 0,014$), **Tabla 7**.



Tabla N° 8
Comportamiento de la calidad de vida según el nivel de depresión en 242
adultos mayores de la parroquia de Llacao Cuenca 2015.

Variables	Calidad de vida											
	Física		p^*	Psicológica		p^*	R. Sociales		p^*	M. Ambiente		p^*
	Media	DE		Media	DE		Media	DE		Media	DE	
Nivel de depresión			<0,001			<0,001			0,034			0,087
Ausente	54,40	12,21		58,01	10,13		42,95	13,54		44,95	13,11	
Probable depresión	45,23	10,23		49,71	10,02		35,71	14,17		38,88	10,34	
Depresión establecida	38,38	12,17		41,14	10,18		32,63	12,66		38,07	9,69	

*Prueba ANOVA de un factor, diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: se observó que el promedio de calidad de vida para todas las áreas fue mayor los sujetos que se reportaron con ausencia de depresión en la evaluación de la depresión y un menor promedio de calidad de vida para los sujetos con depresión establecida, observándose diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida del área física y psicológica para todas las categorías de depresión, mientras que únicamente se encontró diferencias en las relaciones sociales al compararse los sujetos con ausencia de depresión $42,95 \pm 13,54$ con los que presentaron depresión establecida $32,63 \pm 12,66$ ($p = 0,035$); por otra parte no se reportaron diferencias estadísticamente significativas en el área de medio. **Tabla 8.**

Tabla N° 9
Comportamiento de la calidad de vida según el nivel de funcionalismo familiar
en 242 adultos mayores de la parroquia de Llacao Cuenca 2015.

Variables	Calidad de vida											
	Física		p*	Psicológica		p*	R. Sociales		p*	M. Ambiente		p*
	Media	DE		Media	DE		Media	DE		Media	DE	
Funcionalidad familiar			0,021			0,008			<0,001			0,013
Funcional	45,12	11,95		49,17	11,09		38,85	14,03		40,28	10,88	
No Funcional	41,61	10,80		45,36	10,60		29,73	11,66		37,02	9,28	

*Prueba T de Student; diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Fuente: Base de datos

Elaboración: Md. Lourdes Gordillo V.

Interpretación: de acuerdo a la funcionalidad familiar, todas las áreas de calidad de vida tuvieron un mayor promedio en las familias funcionales las cuales fueron estadísticamente diferentes al compararse con las familias no funcionales; según el área física (Funcional: $45,12 \pm 11,95$ vs No funcional: $41,61 \pm 10,80$; $p = 0,021$),



psicológica (Funcional: $49,17 \pm 11,09$ vs No funcional: $45,36 \pm 10,60$; $p=0,008$), relaciones sociales (Funcional: $38,85 \pm 14,03$ vs No funcional: $29,73 \pm 11,66$; $p<0,001$) y según el medio ambiente (Funcional: $40,28 \pm 10,88$ vs No funcional: $37,02 \pm 9,28$; $p=0,013$), **Tabla 9**.



Determinar las percepciones que tienen los adultos mayores claves sobre el envejecimiento.

La calidad de vida se construye en gran medida en función de las percepciones que tienen las personas sobre su situación personal, sus relaciones y sus recursos en general en función de un contexto social y cultural. Las percepciones que los individuos tienen sobre sus condiciones de vida determinadas dentro de un contexto cultural y de valores en que viven, además de sus objetivos, expectativas, valores e intereses es lo que determina la calidad de vida (35).

Existen diferentes aspectos que determinan la calidad de vida de una persona, entre los cuales están las condiciones socioambientales y personales.

Para los adultos mayores, la posibilidad de ser útil y funcional esta relacionado con una buena calidad de vida, y todo lo contrario aquellas situaciones donde se sienten incapaces o perciben que son una carga les hace sentirse inútiles. El apoyo que tengan de sus familias y amigos mejora considerablemente la condición de vida, son adultos que manifiestan deseos de seguir viviendo, y sobre todo su estado de ánimo es mejor.

La familia para los adultos mayores son lo más importante, quienes viven con familiares sienten diferentes grados de apoyo, que lamentablemente en esta población no es una fuente de relaciones saludables; quienes viven solos añoran a sus parejas o extrañan el cariño de sus hijos. *“...viniendo para acá me siento tranquila, tengo con quien conversar, con quien reírme, con quien bromarme...”* *“...por que yo tengo hijos, pero los hijos francamente se olvidan”* *“Como los hijos se casan se olvidan de nosotros los viejos y se dedican más a sus hijos”*

Se ha determinado que no solo la salud, sino también otros satisfactores como son los sociales y los económicos inciden directamente en la percepción del estado de salud y en general en la calidad de vida del adulto mayor (27).

Lamentablemente las condiciones económicas no son las mejores para estas personas, lo cual repercute en una mayor frecuencia de enfermedades propias del



envejecimiento asociadas a procesos degenerativos por la falta de cuidados y prevención y estilos de vida saludables en la juventud. *“...como ven que ya no tengo plata, ellos, no me dan ni para decir tómame un dólar; vamos a que te lleve al doctor, ellos dicen, que para el viejo ya no hay remedio, con eso para que voy a seguir así Mejor paso solito ya no hay a quien decir nada”* *“...que para la vejez no hay remedio entonces no tengo yo como decir llévame a un doctor yo allí matándome, no puedo ir al doctor porque no hay plata”* *“...la presión alta disque, es eso no....., la cabeza me mareo y me duele los huesos, me duelen las piernas, las manos ya no puedo hacer nada ...”* *“...lo que ahorita sufro es de la vista, tengo muy mala y no tengo plata para el doctor”*

Los problemas de salud que con mayor frecuencia padecen estas personas y que fueron mencionados como diferentes malestares generalmente están asociados con enfermedades vasculares, diabetes y trastornos osteoarticulares, que a pesar de tener relativos cuidados médicos incrementan el riesgo de mortalidad y discapacidad. *“...me duele el cuerpo, la rodilla ya no puedo levantarme y eso me afecta bastante no puedo caminar no puedo ir a ningún lado”*

La falta de educación es otro problema arraigado en los adultos mayores, quienes se dedican preferentemente a la agricultura y al comercio de manualidades. Generalmente los que se mantienen activos o tienen alguna ocupación son los que refirieron mejores condiciones de vida, por lo cual se puede considerar que un nivel de educación mayor o una buena actividad económica puede mejorar sustancialmente la calidad de vida del adulto mayor.

Son personas que en su mayoría reciben alguna ayuda del gobierno para su sustento personal, manifiestan incluso que es la única fuente de ingreso para sobrevivir. No disponen de jubilación o pensiones adecuadas.

En relación a las condiciones de la vivienda, muchos adultos mayores viven con sus hijos, algunos manifiestan que se sienten arrimados, y que reciben muy poca ayuda para sus actividades diarias. En otros casos, son maltratados, o considerados una carga para la familia por pensar que son ya personas inútiles e incapaces de



contribuir al ingreso familiar. Sin embargo, quienes aún tienen su terreno o casa continúan cuidando de animalitos, o sembrando en la huerta, lo cual los estimula a seguir viviendo.

De los pocos ingresos económicos que tienen, la mayor parte lo gastan en servicios de salud, para comprar alguna medicación y en otros casos, lo utilizan para alimentarse, situación que no es la mejor para algunos adultos mayores, quienes refieren que toman una sola comida al día, otros se alimentan de la comida que es proveída por la parroquia y prefieren en ciertos casos no comer en exceso por las consecuencias que tienen en su salud. *“...Necesito una casita, no tengo donde yo también descansar,ya mis hijos también piensan que soy un estorbo”*

En su mayoría viven con algún familiar, principalmente algún hijo. Pero en otros casos, viven solos, lo cual agrava considerablemente su calidad de vida, manifiestan sentirse solos, e inútiles debido a las limitaciones de su condición de salud que dificulta movilizarse, de escuchar o limitaciones de las vistas. Además, los problemas osteomusculares son los más frecuentes, por las dolencias que manifiestan. *“...he pasado bien yo ahora vivo solo, mi esposa ya falleció” “Si me hace falta una compañera, ahora como ya estoy mayor, ahora, ya para que, eso era más breve, de tener una compañera ahora solo paso con dolor de mis piernas”*

Se identificaron por lo tanto patrones en las conductas de los adultos mayores relacionados con la posibilidad de asumir roles sociales que tienen que ver con la posibilidad de mantenerse activos con labores dentro y fuera del hogar lo cual influye en sus percepciones de las necesidades, ventajas y desventajas que pueden tener. *“...taita diosito que me de la vida, que me de la salud, para poder seguir caminando, eso es lo principal que nosotros queremos” “...que haiga valor para hacer las cosas, para seguir caminando, no me quisiera, ver como a otros que ya no pueden caminar, pasan sentados, es triste de ver, estos mayorcitos, a mí también que no me toque eso”*



Para los adultos mayores algunas necesidades son importantes para poder sobrevivir, estas van desde la necesidad de tener recursos económicos estables para alimentarse o vestirse además de espacios donde vivir.

Como se mencionó, la sensación de soledad y tristeza es común para la mayoría de adultos mayores entrevistados. La evocación de recuerdos del pasado y las actividades que eran capaces de realizar es frecuente, añoran esas etapas de la vida, y lamentan el tener que vivir solos, o sentirse una carga para la familia. *“...bueno yo sufro mucho la soledad mía como ya no tengo hijos ya no tengo nadie que se preocupe por mí..., en la noche vienen del trabajo Yo paso solito me ataca el corazón y me duele...”* *“Yo, por lo menos paso amargado, yo vivo amargado, porque, yo que tenía mi mujer, que me acompañaba, y ahora solo, esperando de los hijos es triste”*

Agradecen, la atención médica que reciben y reconocen el apoyo social a través de los bonos que les permite subsistir. Sin embargo, a pesar de la ayuda que reciben, su estado de salud fue expresado como malo por la mayoría de ellos. Quizás debido a las paupérrimas condiciones de vida y al abandono o poca atención que reciben por parte de sus familiares o en los hogares donde viven.

Se puede decir que para mantener una buena calidad de vida los adultos mayores demandan además de una buena salud física de condiciones económicas y sociales adecuadas. Es necesario que se mejoren los servicios sociales, que se fomenten programas de atención primaria y programas con actividades recreativas para recuperar su estado emocional a uno de bienestar y felicidad. Sin embargo, a pesar de no haber sido internado en algún hogar o casa de ayuda, reciben poco afecto y solidaridad familiar lo cual propicia estados de depresión con el consiguiente deterioro en la calidad de vida. *“...uno cuando se vive solo, piensa cosas, mientras si se están con algunos, se está conversando, se está distraído”*

Para los adultos mayores la vejez es un ciclo en el cual se va perdiendo progresivamente y lentamente habilidades que les permitían trabajar para de esa



manera mantener a la familia y valerse por sí solos, y la falta de esto es lo que define las carencias o limitaciones frecuentemente mencionadas en este estudio.

La calidad de vida esta muy relacionada para los adultos mayores con el apoyo que reciben de sus familiares, el tener buena salud, apoyo en la misma , el mantenerse trabajando, activos y el tener recursos suficientes para sobrevivir (35). Por lo tanto, el apoyo social y familiar son importantes para tener una buena calidad de vida en la vejez. Por el contrario, el abandono incide profundamente marcando al adulto mayor en problemas de su estado de ánimo muy relacionado con la depresión, su percepción de ser inútiles y una carga para sus hijos.

La calidad de vida se conforma como una noción que permite definir la propia experiencia de vida, el cómo se vive cotidianamente. Lo cual se objetiva en el “buen vivir” esto es, estar bien uno mismo, con la familia, el poder trabajar y ser útil. También, es importante considerar las identidades que las personas asumen, no es lo mismo, ser un hombre o una mujer, o un joven y un adulto mayor. La perspectiva de los roles sociales por la “incapacidad”, “enfermedad”, “inutilidad” son factores que delimitan también la calidad de vida del adulto mayor (35).

Una prioridad para la mayoría de gobiernos es brindar servicios de salud de calidad, sin embargo esta actividad es compleja en el adulto mayor por las condiciones propias de su condición de salud, generalmente tienen varias enfermedades crónicas y complicaciones que incrementan sustancialmente los costos de los servicios y, en otros casos, no siempre están disponibles para las mayoría de adultos mayores.

A diferencia de otros estudios donde los adultos mayores manifiestan no sentirse viejos, sentirse bien por que todo el tiempo fueron activos y sienten que su experiencia y madurez puede ser de gran ayuda a la sociedad, no se identificaron estos patrones en los adultos mayores que formaron parte de este estudio. Entre los factores determinantes se menciona a la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y la espiritualidad, en definitiva prevalecen las percepciones negativas en relación al bienestar y apoyo familiar y social (27).



CAPÍTULO VI

6.0 DISCUSIÓN

El envejecimiento es un proceso de cambio gradual y espontáneo como resultado de la maduración a través de la infancia, la pubertad y la edad adulta joven para luego disminuir a través de edad adulta media y avanzada. La capacidad de regeneración de las células y otros procesos debido al crecimiento y la maduración se pierde con el tiempo, en última instancia conduce a una incompatibilidad con la vida (36). Aunque no existe una cierta edad, se ha aceptado los 65 años como el comienzo de la vejez, la cual ocurre en todos los seres vivos sin diferenciación, es un proceso continuo y universal provocando un descenso en todas las funciones (37).

El promedio de vida de las personas en todo el mundo ha aumentado de forma significativa. La duración máxima de la vida, generalmente se ha determinado que es cerca de 75 años en el Ecuador, para las mujeres y algo más corto para los hombres, aunque algunos expertos sugieren que puede ser poco a poco cada vez mayor. Varios factores influyen en la longevidad como la herencia y el estilo de vida, evitar el tabaquismo, mantener un peso saludable, la dieta y hacer ejercicio adecuadamente. Por su parte, la exposición a las toxinas ambientales puede acortar la esperanza de vida, incluso entre las personas con la composición genética más robusta (36). A medida que crece la población geriátrica en todo el mundo, los datos demográficos son una herramienta importante en el desarrollo de políticas en el envejecimiento (36).

Un factor que pudiera influir estrechamente con la longevidad es la presencia de comorbilidades y se ha observado un aumento en el riesgo para las enfermedades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas, enfermedades cerebrovasculares y osteoporosis a medida que aumenta la proporción de personas de edad avanzada. Las enfermedades crónicas causan problemas médicos, sociales y psicológicos que limitan las actividades de las personas mayores en la comunidad y disminuyen su calidad de vida (CdV) (38–40). La calidad de vida en los últimos años puede disminuir si la enfermedad, condiciones crónicas o lesiones limitan la capacidad de cuidar de sí mismo sin ayuda. Las



personas mayores tratan de mantener su independencia y eliminan los costosos servicios de cuidado , entre otras cosas, ir de compras por su cuenta, cocinar sus propias comidas, bañarse, vestirse, así como caminar y subir escaleras sin ayuda (41). Sin embargo, no existe una descripción universal de la calidad de vida, que a veces se describe como un bienestar que resulta de una combinación de factores físicos, funcionales, emocionales y sociales (42). Ante este panorama resulta importante conocer el comportamiento de la calidad de vida en los adultos de la parroquia Llacao, Cuenca.

La depresión puede jugar un papel sobre la calidad de vida, en el presente estudio se encontró una alta prevalencia de depresión (94,6%) siendo apenas un 5,4% ausente la depresión . Este porcentaje fue mayor al determinado por Crespo en el 2011, en los cantones Azogues, Cañar, Tambo y Déleg de la provincia Cañar, donde examinó a 84 adultos mayores determinando una prevalencia de depresión en el 70% y un 30% fue categorizado como depresión ausente (43). Por otro lado en Cuenca, se determinó un 50% de algún grado de depresión con el uso del mismo test en la población adulta mayor (44). Lo cual demuestra la variabilidad del comportamiento de la depresión de acuerdo a la localidad estudiada.

Por su parte la funcionalidad familiar se reportó en el presente estudio como un 59,9% familia funcional, 28,1% disfunción moderada y 12,0% disfunción severa. Este comportamiento de mayor frecuencia de familias funcionales fue mejor al observado por Aucapiña en el 2011 en un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca ,(44) quien reportó una prevalencia de disfunción familiar de 66,7% en adultos mayores, sin embargo cabe destacar que dicho estudio fue llevado a cabo en una población de asilos geriátricos lo cual, el punto sesgo de este resultado va hacia una mayor disfuncionalidad.

En la actualidad no hay un consenso sobre cual herramienta utilizar para evaluar la calidad de vida, en el presente estudio se aplicó en test WHOQOL-BREF que contiene 26 ítems para evaluar la calidad de vida en el área de: a) salud física que incluye las actividades diarias, dependencia a fármacos, energía y fatiga, movilidad, dolor, sueño y la capacidad laboral; b) psicológica que comprende la imagen corporal y apariencia, sentimientos negativos o positivos, autoestima, espiritualidad, religión, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración; c) relaciones



personales, apoyo social y actividad sexual; y d) medio ambiente que incluye los aspectos de recursos financieros, independencia, seguridad física, salud y cuidado social, ambiente dentro del hogar, oportunidades de adquirir destrezas y medio ambiente físico así como de transporte (45).

En el presente estudio de acuerdo al test WHOQOL-BREF se obtuvo un promedio para calidad de vida en el área física de $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$. Observándose que fue mayor la calidad de vida en el área psicológica, seguida del área de salud física, medio ambiente y en menor promedio en el área de relaciones sociales. Estos promedios fueron menores a los reportados por Kumar y colaboradores en el 2014 (46), quienes realizaron el test a adultos mayores determinando que para el área de salud física tuvieron $55,17 \pm 12,50$; área psicológica $54,61 \pm 11,92$; relaciones sociales $36,68 \pm 16,44$ y medio ambiente $52,49 \pm 12,08$; sin embargo a pesar de observarse un menor promedio el comportamiento de una mayor calidad de vida en el área psicológica y menor en el área de relaciones sociales también fue observado.

De manera similar se encontró un menor promedio de calidad de vida en el presente estudio al compararse con los de un estudio realizado en las parroquias rurales de Cuenca en el año 2013 por Siguenza M y colaboradores, quienes describieron una calidad de vida en el área de salud física de $57,91 \pm 10,26$; área psicológica $59,31 \pm 10,89$; relaciones sociales $52,32 \pm 12,99$ y medio ambiente $49,05 \pm 12,62$ (47). Dichas diferencias que denotan una baja calidad de vida en la población de la parroquia Llaoco de Cuenca puede estar relacionada con la diferente agregación de factores que pueden influir sobre la expresión de la calidad de vida para nuestra localidad.

Al evaluar la calidad de vida de acuerdo al sexo, se observó una mayor calidad de vida en las relaciones sociales en los del sexo masculino, sin observarse diferencias en el resto de áreas según el sexo. Un mayor promedio en el área de relaciones sociales de los hombres fue observado por Siguenza y colaboradores (47), evidenciando un promedio de $53,57 \pm 13,39$, mientras que las mujeres tuvieron un promedio menor de $51,18 \pm 12,54$. Por otra parte, otros autores no han determinado diferencias significativa en la evaluación de la calidad de vida según el sexo (46). Se ha demostrado que con el envejecimiento a menudo se disminuyen funciones físicas



y cognitivas, así como las funciones de relaciones sociales (48). Debido a que gran parte de la literatura ha demostrado que las relaciones sociales se asocian positivamente con el estado de salud (49,50), la disminución de las mismas pueden ser indicadores de problemas de salud en la tercera edad y mostrar una reducción en el bienestar subjetivo, satisfacción y calidad de vida (49,51).

Por lo tanto, la identificación de los factores modificables que puedan influir sobre las relaciones sociales son importantes: tales como las conductas promotoras de la salud, como la actividad de ocio, para fortalecer el vínculo entre las relaciones sociales y de salud. Se ha demostrado que los individuos con mejores relaciones sociales no sólo tienen mayor bienestar psicológico, sino también la salud física (49). Al acoplar estos conceptos de la literatura a los hallazgos obtenidos pudiera atribuirse una mayor calidad de vida en el área social a los hombres por presentar una posible mayor actividad en tiempo de ocio, puesto que generalmente la mujer tiene una ocupación de quehaceres del hogar y posiblemente presente menor tiempo para las actividades recreacionales, sin embargo este dato no fue evaluado en el presente estudio, por lo tanto, se recomienda que las futuras investigaciones exploren los posibles mediadores que determinan las relaciones sociales y el bienestar.

De acuerdo a la edad se observó un descenso en todas las áreas de calidad de vida a medida que se aumentó de grupo etario, este mismo comportamiento de reducción a mayor edad fue observado por Siguenza y colaboradores en los adultos mayores de las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca (47). De acuerdo con el estudio realizado por Hong y colaboradores en Corea, se encontraron diferencias estadísticamente significativas al evaluar la calidad de vida según la edad, evidenciando una reducción de la misma a medida que se aumentó de edad (52).

La disminución en la calidad de vida en adultos mayores se asocia a factores de salud como la movilidad, factores sociales tales como el estatus económico, el empleo, la participación social y los factores ambientales (53,54). Particularmente Olivares y colaboradores han encontrado que la función física tiene una correlación positiva con los elementos de la calidad de vida como la movilidad, el cuidado



personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y la ansiedad/depresión (55). A los 85 años de edad, una menor calidad de vida se ha asociado con un mayor riesgo de depresión, un mayor uso de la medicación, un incremento en el número de enfermedades crónicas y una mayor cantidad de problemas con las actividades de la vida diaria (56). Por su parte a la edad de 80 años, las personas con poca capacidad de realizar actividades de la vida diaria tienen una tasa de supervivencia del 50% a los 5 años (57). Por lo tanto la agregación de los factores que se adhieren con la edad la convierten en un variable principal para la calidad de vida y la supervivencia (58).

Otro factor evaluado fue el estado civil demostrándose diferencias significativas en la calidad de vida, donde los adultos mayores casados tuvieron mayor calidad comparado al promedio de resto de categorías de estado civil así como diferencias significativas con los viudos. Un comportamiento similar fue observado por Sigüenza y colaboradores en las parroquias rurales de Cuenca, donde los casados tuvieron un alto promedio de calidad de vida comparado a los viudos o divorciados (47), asimismo Kumar y colaboradores reportaron una diferencia estadísticamente significativa entre los adultos mayores casados comparado a los solteros, viudos o divorciados ($p=0,015$) (46).

Se ha descrito que los adultos casados se encuentran mejor que los no casados en términos de salud física y la calidad de vida subjetiva (59). Los beneficios del matrimonio han sido explicados a través de su estatus como una forma estructural de apoyo social (60). El matrimonio representa un contrato social que une a los individuos en una relación íntima que puede ser amortiguadora del estrés e integradora socialmente. Los estudios clásicos operacionalizaron el apoyo social a través del matrimonio (así como la participación cívica y religiosa), encontrando que los adultos casados estaban en menor riesgo de mortalidad prematura y morbilidad física, como por ejemplo, de enfermedad cardiovascular (61). En pocas palabras, el matrimonio confiere la integración social de sus participantes, proporcionándoles un sentido de pertenencia y propósito (62), principalmente a través de las relaciones sociales basadas en el parentesco. Por lo tanto, el matrimonio o la relación de pareja podría un factor importante para la promoción de la calidad de vida y bienestar social del individuo.



De acuerdo al nivel de instrucción se encontraron diferencias en la calidad de vida, donde a mayor nivel educativo mayor calidad de vida para el área de salud física, psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Este comportamiento fue observado por Kumar y colaboradores quienes reportaron una diferencia significativa al comparar un promedio más alto de calidad de vida en los adultos mayores con el promedio reportado por los que no tuvieron ninguna educación escolar ($p < 0,001$) (46). Lo que indica que el nivel educativo es un factor que puede influir sobre la calidad de vida de los adultos mayores.

Se ha descrito que la educación promueve una mejor calidad de vida, ya que proporciona el desarrollo intelectual y la adaptación social. Se supone que los programas educativos ofrecidos por las universidades abiertas a los adultos mayores favorecen una red de apoyo social con miembros de la familia y amigos; así mismo motivan a la búsqueda de información y la interacción social; y facilitan el desarrollo intelectual lo cual estimularía la participación activa del adulto mayor en las situaciones cotidianas y mejoraría su calidad de vida (63). Incluso dichos programas de estímulo al adulto mayor, son atendidos por personas mayores autónomas e independientes que difieren de la población general de adultos mayores en la comunidad, ya que representan el concepto de envejecimiento activo como propone la OMS (64), sin embargo en nuestras comunidades aún no se aplica de forma extensiva dichos programas de estímulo por lo que deberá ser un reto que deban tomar las políticas de salud para el beneficio del adulto mayor.

Por su parte al evaluar la presencia de comorbilidades y calidad de vida, la ausencia de comorbilidades tuvo el mayor promedio y diferencias significativas con las comorbilidades; por su parte Kumar y colaboradores encontraron significativamente menor calidad de vida en aquellos adultos mayores que presentaron alteraciones musculo-esqueléticas, disminución de la agudeza visual y una alteración para la ejecución de las actividades cotidianas diarias (46).

Es bien conocido que las comorbilidades crónicas tienen un efecto sobre la calidad de vida (65,66). En el presente estudio la hipertensión arterial mostró una menor calidad de vida al compararse con la ausencia de comorbilidades. Por su parte, un estudio demostró que hay una necesidad para el control de la hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones asociadas con el propósito de mejorar la calidad de



vida (67). Se ha observado que a pesar que la hipertensión a menudo se percibe como asintomática, se asocia con una calidad de vida deteriorada, lo cual puede deberse a razón de presencia de complicaciones o comorbilidades, la conciencia del diagnóstico y los efectos adversos de los medicamentos antihipertensivos (68). Asimismo, se ha reportado que los pacientes con diabetes mellitus con otras condiciones comórbidas han presentado menores promedios de calidad de vida en comparación con el grupo sin comorbilidad en los 4 ámbitos de la calidad de vida (65).

Asimismo, según la depresión se encontró diferencias en la calidad de vida observando una reducción de la misma a mayor grado de depresión. Varios estudios han determinado que la severidad de la depresión se ha asociado con una peor calidad de vida (69). Esta asociación parece ser estable en el tiempo e independiente al instrumento utilizado para evaluación de la calidad de vida (69). Esta asociación se convierte en un problema a considerar cuando se ha notificado una alta prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados y pacientes en la atención primaria (70,71). La depresión o síntomas depresivos son la comorbilidad más común en las personas mayores con problemas de salud física (72,73). Debido a que la depresión afecta negativamente la calidad de vida, independientemente de la salud médica, es importante detectarla y garantizar su tratamiento. Por lo tanto, es muy recomendable que el personal de salud especializado y en los centros de atención primaria de la salud tenga una doble perspectiva de tratamiento, incluyendo la salud físico-mental y calidad de vida.

Y finalmente se observó una diferencia significativa en la calidad de vida según la funcionalidad familiar, determinando una mayor calidad de vida en los adultos mayores con presencia de una familia funcional en comparación con aquellos que presentaron alguna disfunción familiar. En un estudio realizado por Kaur y colaboradores se determinó que las personas mayores que tenían el apoyo de sus familiares experimentaron una buena calidad de vida (74). Asimismo Naing y colaboradores, evidenciaron que la relación familiar y el apoyo social se relacionan significativamente con la calidad de vida de las personas de edad avanzada (75).

Los autores consideran que la familia proporciona apoyo emocional, social y económica individual (74). La capacidad de los adultos mayores de hacer frente a



los cambios en la salud, los ingresos, las actividades sociales, entre otras condiciones propias del envejecimiento, depende en gran medida, por el apoyo que reciben de sus familiares (74). Tradicionalmente, el cuidado de los ancianos ha sido responsabilidad de los miembros de la familia. Sin embargo, en las sociedades modernas, el cuidado de los adultos mayores está siendo proporcionado por las instituciones del Estado o de beneficencia (76).

El papel de la familia como la fuente fundamental de apoyo a las personas de edad avanzada adquiere una gran importancia como principal fuente de apoyo psicosocial que actúa directamente sobre la protección de la calidad de vida. Por lo tanto, el apoyo familiar eficaz es un componente clave del bienestar general de las personas de edad avanzada (77). Muchos de los investigadores han compartido sus experiencias y teniendo en cuenta sus puntos de vista en relación con el sistema familiar, estos creen que la calidad de vida de las personas de edad avanzada se ve afectada por diversos factores y depende directamente del apoyo que reciben de su familia (74).

Ante estos importantes hallazgos sobre la calidad de vida se debe dar mayor importancia a la presencia de todos estos factores en los adultos mayores de nuestra población. Siendo la funcionalidad familiar un eje importante ya que va a contribuir al comportamiento del individuo ante las condiciones propias del envejecimiento pudiendo alterar la evolución de las enfermedades o la longevidad de los mismos, por lo tanto, se recomienda evaluar estos factores en la consulta de atención primaria de manera rutinaria, ejecutar programas de mejoramiento y mantenimiento de una funcionalidad familiar adecuada y realizar mayores estudios para determinar el impacto que tiene una baja calidad de vida sobre los adultos mayores de la población de Llacao, Cuenca.



CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones

- Se encontró un bajo promedio de calidad de vida para área evaluada con el test WHOQOL-BREF, en el área física $43,71 \pm 11,61$; psicológica $47,64 \pm 11,03$; relaciones sociales $35,19 \pm 13,85$ y medio ambiente $38,97 \pm 10,37$.
- Los adultos mayores presentaron una alta prevalencia de algún grado de depresión con el 94,6%, mientras que se reportó una disfunción familiar severa en el 12,0%.
- Se observó una mayor calidad de vida en el dominio de relaciones sociales en los hombres comparado con las mujeres.
- Se aprecia un comportamiento de mayor calidad de vida en los adultos mayores con mayor escolaridad, estado civil casado, ausencia de comorbilidades, ausencia de depresión y en la presencia de una familia funcional.
- La percepción de la calidad de vida de los adultos mayores es negativa, esta relacionada con la pobreza, la falta de apoyo social, familiar, problemas de salud y económicos.



1.2 Recomendaciones

- Ante el hallazgo importante de la influencia de la disfunción familiar sobre la calidad de vida se sugiere el diseño y ejecución de estudios que evalúen los factores relacionados con la disfunción familiar en la población de Llacao, Cuenca para que una vez identificados se proceda a la aplicación de programas para garantizar la estructura de una familia funcional.
- Se recomienda evaluar el impacto que tiene la baja calidad de vida, por medio de la realización de estudios prospectivos, sobre la sobrevivencia y evolución de comorbilidades en los adultos mayores.
- Se debe realizar pesquisa de la baja calidad de vida a nivel comunitario para la identificación precoz de los adultos mayores en riesgo y de esta forma establecer estrategias para su aumento, a través del tratamiento de los factores individuales presentes en cada individuo.
- En vista de la baja calidad de vida encontrada en la población de adultos mayores se deben abordar todos los elementos que se encontraron influir sobre la misma, desde el estado civil, nivel educativo, nivel de instrucción, presencia de comorbilidades, depresión y la disfunción familiar a fin de garantizar un aumento en la calidad de vida observada en nuestra población.



8.0 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enferm Univ.* 2013;10(2):36–42.
2. García Roche RG, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Van der Stuyft P. Utilización de los servicios del nivel primario de atención por los ancianos en tres policlínicos de Cuba. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* 2012;50(3):320–329.
3. Cardona D, Segura A, Segura Á, Garzón MO. Efectos contextuales asociados a la variabilidad del riesgo de depresión en adultos mayores, Antioquia, Colombia, 2012. *Biomédica.* 1 de marzo de 2015;35(1):73-80.
4. Poblete-Valderrama F, Castillo CM, Sandoval ED, Silva PV, García MA. Depresión, Cognición y calidad de vida en adultos mayores activos. *Rev Cienc Act Física [Internet].* 2016 [citado 26 de enero de 2017];16(2). Disponible en: <http://revistacaf.com/ojs/index.php/RCAF/article/view/15>
5. Urzúa M A, Navarrete M. Calidad de vida en adultos mayores: análisis factoriales de las versiones abreviadas del WHOQoL-Old en población chilena. *Rev Médica Chile.* enero de 2013;141(1):28-33.
6. Olivares DYR, Martínez MCLR, Crespo FVG, others. Calidad de vida en el adulto mayor. *Varona Digit [Internet].* 2015 [citado 26 de enero de 2017];27(61). Disponible en: <http://www.revistavarona.rimed.cu/index.php/rVar/article/view/127/0>
7. Olivi A, Fadda Cori G, Pizzi Kirschbaum M. Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles Poblac.* 2015;21(84):227–249.
8. Reyes Torres I, Herrera C, A J. El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Rev Cuba Investig Bioméd.* septiembre de 2011;30(3):454-9.
9. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos.* 2014;25(2):57–62.
10. Tortosa-Martínez J, Caus-Pertegaz N, Martínez-Román MA. Vida Triste y Buen Vivir según personas adultas mayores en Otavalo, Ecuador. *Convergencia.* agosto de 2014;21(65):147-69.
11. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. *Rev Psiquiatr Urug.* 2006;70(2):151-66.
12. Urzúa A, Bravo M, Ogalde M, Vargas C. Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Rev Médica Chile.* agosto de 2011;139(8):1006-14.



13. Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Vendruscolo TRP, Stackfleth R, Marques S, Rodrigues RAP. Caidas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2012;20(5):927–934.
14. Jürschik P, Botigué T, Nuin C, Lavedán A. Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Gerokomos*. marzo de 2013;24(1):14-7.
15. Montanet Avendaño A, Cruz B, María C, Elías H, Heida E. La calidad de vida en los adultos mayores. *Rev Cienc Médicas Pinar Río*. marzo de 2009;13(1):1-10.
16. García Sánchez F. CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES HOMBRES DE UNA DELEGACIÓN DEL MUNICIPIO DE TOLUCA. 2014 [citado 8 de enero de 2017]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/41351>
17. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003;9(2):09–21.
18. Pérez MB, Torres MPA, Rebolledo MMP, de León LR, García AS, García AS, et al. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Salud Uninorte*. 2013;29(1):64–73.
19. Cárdenas ÁVR, Castro ACR, Munive MV, Cruz ER de la, Noguera TG, Salazar DPA. Calidad de vida del adulto mayor inscrito en los comedores del programa nacional de alimentación para el adulto mayor Juan Luis Londoño De La Cuesta icbf, 2010-II. *Duazary*. 2013;10(1):26-32.
20. Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Delgado Hernández I. La familia y el adulto mayor. *Rev Médica Electrónica*. 2011;33(4):472–483.
21. Villavicencio MEF, Cardona GAC, Pérez GJG, López MGV, Barbosa MAV. Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Rev Psicol IMED*. 2012;4(1):649–661.
22. Azpiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Ferrer V, Ramón J, Herranz A, Carlos J, et al. Factors Related to Perceived Poor Health Condition or Poor Quality of Life among those over Age 65. *Rev Esp Salud Pública*. diciembre de 2002;76(6):683-99.
23. Masó L, Milagro I del, Hernández R, María H. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Rev Cuba Med Gen Integral*. febrero de 1999;15(1):19-23.
24. Pérez DMD, Leal AIO, Álvarez CM, Sónora LM, Ledón YA, Ocaña LM. Diseño de una estrategia para atender la depresión y valorar los factores de riesgo asociados en una población geriátrica del policlínico «Belkis Sotomayor» de Ciego de Ávila A strategy design to address depression and assess the risk factors associated in a geriatric population from «Belkis Sotomayor» polyclinic of Ciego de Ávila. *Mediciego* [Internet]. 2014 [citado 8 de enero de 2017];20(2). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc142e.pdf>



25. Sánchez Padilla LM, González Pérez U, Alerm González A, Bacallao Gallestey J. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Rev Habanera Cienc Médicas*. 2014;13(2):337–349.
26. Castillo DFE, Zapata HAR, Peraza AZ, Manrique AL. Asociación de la percepción de salud con algunas características sociodemográficas en una muestra de jubilados y pensionados yucatecos. *El Resid*. 2012;7(2):40-7.
27. Alonso LM, Caro de Payares S, Ríos AL, Maldonado A, Quiñonez D, Zapata Y. Percepción del envejecimiento y bienestar que tienen los adultos mayores del Hogar Geriátrico San Camilo de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Rev Científica Salud Uninorte* [Internet]. 12 de octubre de 2010 [citado 8 de enero de 2017];26(2). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/749>
28. Parales CJ, Dulcey-Ruiz E. La construcción social del envejecimiento y de la vejez: Un análisis discursivo en prensa escrita. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2002;34(1-2):107-21.
29. APGAR FAMILIAR [Internet]. [citado 8 de enero de 2017]. Disponible en: http://respiratorio.minsal.cl/PDF/AVNI/APGAR_FAMILIAR.pdf
30. Ortega Alvelay A, Pagola O, Félix M, Vidal F, Teresa A. Diagnóstico del funcionamiento familiar en un consultorio del médico y la enfermera de la familia. *Rev Cuba Med Gen Integral*. abril de 2003;19(2):0-0.
31. Bacca AM, González A, Uribe AF. Validación de la escala de depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensam Psicológico* [Internet]. 2010 [citado 6 de octubre de 2014];1(5). Disponible en: <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/30>
32. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil*. marzo de 2004;13(2):299-310.
33. Urzúa M A, Cortés K, Maita C, Osorio K, Caqueo-Urizar A. La valoración de la importancia en el autoreporte de la calidad de vida en la adultez. *Rev Médica Chile*. agosto de 2013;141(8):1010-8.
34. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Médica Chile*. 2011;139(5):579–586.
35. MEZA-CALLEJA AM, MAGALLÁN-TORRES MI, RAMOS-ESQUIVEL J, LUNA-HERNÁNDEZ F, ÁVILASOTOMAYOR UH, RUBIO IA, et al. Calidad de vida: percepciones y representaciones en personas mayores del Estado de Michoacán, México. *Contenido/Summary* [Internet]. [citado 8 de enero de 2017]; Disponible en:



http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/24/RED24_Completa.pdf#page=30

36. Canbaz S, SÜNTER AT, Dabak S, PEKŞEN Y. The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. Turk J Med Sci. 2003;33(5):335–340.
37. Blackman DK, Kamimoto LA, Smith SM. Overview: surveillance for selected public health indicators affecting older adults--United States. MMWR CDC Surveill Summ Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveill Summ Cent Dis Control. 17 de diciembre de 1999;48(8):1-6.
38. Resnick NM. Geriatric Medicine. Current Medicine and Treatment 2000 (Eds. Tierney LM, McPhee SJ and Papadakis MA), Appleton & Lange, USA, 39th Edition, 1999, pp: 47-70.
39. The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, WHO, 2000. [citado 26 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>
40. World Health Organisation. The World Health Report 1998: Life in the 21st Century. Geneva: WHO;1998. 241p.
41. Taylor R. Measuring Healthy Days, Population Assessment of Health-Related Quality of Life. CDC, 2000. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hrqol/pdfs/mhd.pdf>
42. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care. junio de 1992;30(6):473-83.
43. Crespo Jonathan. Prevalencia de depresión en adultos mayores de asilos de los cantones Azogues, Cñar, Tambo y Déleg de la provincia del Cañar, en el año 2011. Tesis previa a la obtención del título de Médico. Universidad de Cuenca. 2011.
44. Aucapiña Catalina. Funcionalidad familiar como factor de depresión en los ancianos del geriátrico fundación casa plenitud. Noviembre 2010 - abril 2011. Tesis de grado previo al optar el título de médico familiar. Universidad del Azuay 2011.
45. The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. Int J Ment Health. septiembre de 1994;23(3):24-56.
46. Kumar S. G. Quality of Life and Its Associated Factors Using WHOQOL- BREF Among Elderly in Urban Puducherry, India. J Clin Diagn Res. 2014;8(1):54-7.
47. Siguenza María, Siguenza Carlos, Sinche Nabila. Calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca, 2013. Tesis previa a la obtención del título de médico. Universidad de Cuenca. 2013.



48. Chen Y, Feeley TH. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *J Soc Pers Relatsh*. 1 de marzo de 2014;31(2):141-61.
49. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am Psychol*. 2004;59(8):676-84.
50. Uchino BN, Cacioppo JT, Kiecolt-Glaser JK. The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychol Bull*. 1996;119(3):488-531.
51. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. febrero de 1979;109(2):186-204.
52. Hong E. Age Differences in Health-Related Quality of Life among South Korean Elderly. *Res Rev J Nurs Health Sci*. 21 de noviembre de 2015;1(4):34-9.
53. Fagerström C, Borglin G. Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging Clin Exp Res*. diciembre de 2010;22(5-6):387-94.
54. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev*. 2003;56(4):269-306.
55. Olivares PR, Gusi N, Prieto J, Hernandez-Mocholi MA. Fitness and health-related quality of life dimensions in community-dwelling middle aged and older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9:117.
56. Andersson LB, Marcusson J, Wressle E. Health-related quality of life and activities of daily living in 85-year-olds in Sweden. *Health Soc Care Community*. julio de 2014;22(4):368-74.
57. Taekema DG, Gussekloo J, Westendorp RGJ, de Craen AJM, Maier AB. Predicting survival in oldest old people. *Am J Med*. diciembre de 2012;125(12):1188-1194.e1.
58. König H-H, Bernert S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martinez M, Vilagut G, et al. Comparison of population health status in six european countries: results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. *Med Care*. febrero de 2009;47(2):255-61.
59. Shapiro A, Keyes CLM. Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off? *Soc Indic Res*. septiembre de 2008;88(2):329-46.
60. House J, Landis K, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 29 de julio de 1988;241(4865):540-5.
61. Stroebe W. Social psychology and health. 2nd ed. Philadelphia, PA: Open University Press; 2000. (Mapping social psychology series).



62. Waite L, Gallagher M. The Case for Marriage: Why Married People are Happier, Healthier and Better Off Financially. Crown/Archetype; 2002. 268 p.
63. Peel NM, McClure RJ, Bartlett HP. Behavioral determinants of healthy aging. *Am J Prev Med.* abril de 2005;28(3):298-304.
64. Alexandre T da S, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(4):613–621.
65. Bosić-Zivanović D, Medić-Stojanoska M, Kovacev-Zavisić B. The quality of life in patients with diabetes mellitus type 2. *Vojnosanit Pregl.* octubre de 2012;69(10):858-63.
66. Poljičanin T, Ajduković D, Šekerija M, Pibernik-Okanović M, Metelko Ž, Vuletić Mavrinac G. Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. *BMC Public Health.* 2010;10:12.
67. Tavares DM dos S, Paiva MM de, Dias FA, Diniz MA, Martins NPF. Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. *Rev Lat Am Enfermagem.* abril de 2013;21(2):515-22.
68. Soni RK, Porter AC, Lash JP, Unruh ML. Health-related quality of life in hypertension, chronic kidney disease and coexistent chronic health conditions. *Adv Chronic Kidney Dis.* julio de 2010;17(4):e17-26.
69. Sivertsen H, Bjorklof GH, Engedal K, Selbaek G, Helvik A-S. Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 12 de septiembre de 2015;40(5-6):311-39.
70. Helvik A-S, Engedal K, Krokstad S, Stordal E, Selbæk G. A comparison of depressive symptoms in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based health study (the Nord-Trøndelag Health Study 3). *Nord J Psychiatry.* junio de 2012;66(3):189-97.
71. Helvik A-S, Engedal K, Selbæk G. The quality of life and factors associated with it in the medically hospitalised elderly. *Aging Ment Health.* septiembre de 2010;14(7):861-9.
72. Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The Prevalence of Disease Clusters in Older Adults with Multiple Chronic Diseases – A Systematic Literature Review. *PLOS ONE.* 11 de noviembre de 2013;8(11):e79641.
73. Draper BM. The effectiveness of the treatment of depression in the physically ill elderly. *Aging Ment Health.* febrero de 2000;4(1):9-20.
74. Kaur H, Kaur H, Venkateshan M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. *Int J Med Sci Public Health.* 2015;1.

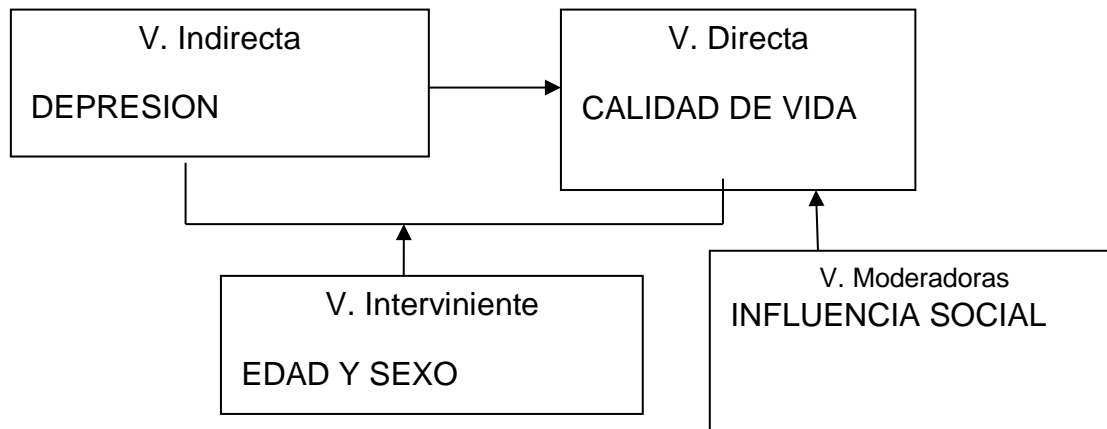


75. Naing MM, Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C. Quality of life of the elderly people in Einme township, Irrawaddy division, Myanmar. *Asia JPublic Health* 2010;1:4–10.
76. Elderly Care Accessible Health Care 23151 Moulton Parkway STE 103C Laguna Hills, CA 92653 Available at: <http://www.caregiverorange-county.com/Elderly-care.htm>.
77. Tanuja M. Care and support for the elderly: a comparative study in rural and urban setups in Odisha. *Int J Social Econ Res* 2012;2:52–64.



9.0 ANEXOS

Anexo N.1 Matriz de variables



Anexo N.2 Operacionalizacion de variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido	Años	Numérica
Sexo	Características externas que identifican a un individuo como hombre o mujer	Fenotipo	Fenotipo	Nominal Hombre Mujer
Residencia	Lugar donde una persona vive por un tiempo.	Lugar donde vive	Lugar donde vive	Nominal Urbana / Rural
Nivel de instrucción	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Grado de instrucción formal	Años aprobados	Ordinal Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel
Estado civil	Situación legal de un individuo en relación a otros y reconocido por las leyes del país	Situación legal de convivencia	Situación legal de convivencia	Nominal Soltero / Casado Viudo/ Divorciado Unión libre
Ocupación	Actividad que desempeña una persona de forma diaria y que constituye un medio para obtener un sustento diario o para fines recreativos	Actividad que desempeña actualmente	Ama de casa Jubilado Desempleado	Nominal Si No
Calidad de vida	Percepción del individuo de su posición en la vida.	Percepción que tiene un individuo en la vida	Cuestionario de WHOQOL-OLD	Muy satisfecho Insatisfecho Ni satisfecho/a Satisfecho Muy satisfecho
Apgar familiar	El conjunto de relaciones interpersonales que se generan en el interior de cada familia	Relaciones interpersonales de la familia	Relaciones interpersonales de la familia	Nominal Funcional Disfuncional
Depresión	Estado de ánimo triste persistente.	Estado de ánimo triste	Cuestionario de Yesavage	Ausente Leve Moderada



Anexo N.3 Consentimiento informado

Consentimiento Informado Este estudio busca detectar la calidad de vida en los adultos mayores y su relación con la depresión en la parroquia de Llacao. Nos gustaría que usted nos ayudara proveyendo la información necesaria de acuerdo a los cuestionarios elaborados en anexo y participando en una entrevista detallada sobre síntomas psicológicos que tomara aproximadamente una media hora.

La entrevista se realizara en un lugar público, en el consultorio del subcentro de salud de la parroquia de Llacao previo a una cita programaremos con usted, de forma que no se vean afectadas sus actividades laborales.

Su participación no tendrá ningún costo para usted, en caso de diagnosticar algún trastorno de depresión se le notificara y proveerá el apoyo necesario con el personal especializado en el área de salud.

Si usted participa, la información que nos dé, será confidencial; todos los datos provistos por usted serán analizados de forma anónima por un computador que solo usara los códigos numéricos. Si acepta participar, aun será libre para renunciar al estudio en cualquier momento. Si usted tiene alguna pregunta sobre su participación lo animamos a preguntar al personal del estudio en cualquier momento.

Firme abajo si desea participar de este estudio.

Las condiciones para participar en este estudio me han sido explicadas y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para aclarar todas mis dudas.

Yo.....,
con mi firma, doy consentimiento para formar parte de este estudio bajo las condiciones explicadas.

Firma:..... Fecha:.....

**Anexo N. 2 formulario de recolección de datos*****Evaluación de la calidad de vida y su relación con la depresión en los AM.***

Formulario # _____ Fecha: día/mes/año ____/____/____

DATOS DE FILIACION:					
Nombre: _____					
Sexo:	Masculino	_____	Femenino	_____	Edad: _____

SOCIODEMOGRAFICOS	
Estado civil	Ocupación
<ul style="list-style-type: none">• Soltero _____• Casado _____• Viudo _____• Divorciado _____• Unión libre _____• Otros. _____	<ul style="list-style-type: none">• Profesional _____ Agricultor _____• Artesano _____ QQDD _____• Estudiante _____• otros _____

Nivel de instrucción	Comorbilidad
Nominal <ul style="list-style-type: none">• Analfabeto _____• Primaria _____• Secundaria _____• Superior _____• Cuarto Nivel _____	

**ESCALA GERIATRICA DE YESAVAGE MODIFICADA**

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho/a con su vida?		
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?		
3.- ¿Nota que su vida está vacía?		
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido?		
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?		
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?		
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?		
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?		
10.- ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?		
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?		
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?		
13.- ¿Se encuentra lleno de energía?		
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?		
15.- ¿Cree que los otros están mejor que Ud?		

Puntaje Total.....

NOTA: Normal (0-5)

Probable depresión (6-9)

Depresión estable (10 o más)

Cuestionario WHOQOL-BREF**1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?**

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2. ¿Cuan satisfecho esta con su salud?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?



Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

**15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

16. ¿Cuán satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

**24. ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?**

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5

APGAR FAMILIAR

	FUNCION	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
APOYO	Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad			
PARTICIPACIÓN	Me satisface la forma en que mi familia comparte conmigo los asuntos de interés familiar buscando juntos las soluciones de los problemas.			
CRECIMIENTO	Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de iniciar nuevos planes y metas.			
AFECTO	Me satisface la forma como mi familia me demuestra cariño y entiende mis emociones como tristeza, amor, rabia.			
RECREACION	Me satisface como compartimos en mi familia: a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios de la casa, c) el dinero.			
TOTAL				

FAMILIA FUNCIONAL: (7 – 10), FAMILIA CON DISFUNCION MODERADA (4 - 6) FAMILIA CON DISFUNCION SEVERA 0 - 3 PUNTOS



Anexo N. 3 Guía para las entrevistas a profundidad

Bienestar Físico:

- ¿Cree usted que la actividad física es importante para la salud?
- ¿La salud depende de controles médicos?
- ¿Cree que es importante acudir al médico?

Bienestar psicológico:

- ¿Disfruta de la vida?
- ¿Cómo se siente al estar viva?
- ¿Se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del tiempo?

Relación con los hijos y la vida familiar:

- ¿Sientes que tus hijos te entienden?
- ¿Sientes que tus hijos te quieren?
- ¿Eres feliz?
- ¿Tus hijos dedican tiempo contigo?
- ¿Sientes que tus hijos son injustos?

Amigos y apoyo social:

- ¿Sientes que es difícil confiar en tus amigos?
- ¿Compartes tiempo con tus amigos?
- ¿Sientes que te pasas bien con tus amigos?
- ¿Sientes que puedes decir lo que sientes a tus amigos?
- ¿Sientes que puedes realizar actividades con tus amigos?